



Algoritmo: visión global del tratamiento de la enfermedad diverticular del colon.

Autor: Cristina Carretero

Preguntas relevantes

En el tratamiento de la enfermedad diverticular del colon, hay tres preguntas clave que nos deberemos hacer, ya que son fundamentales en la toma de decisiones.

1. ¿el paciente tiene divertículos?
2. ¿el paciente tiene fiebre?
3. ¿nos encontramos ante una diverticulitis complicada?

Comenzaremos el algoritmo a partir de un paciente con dolor en fosa iliaca izquierda.

La primera pregunta que debemos hacer es:

¿Tiene divertículos?

Si el paciente no tiene divertículos, ante un dolor en FII debemos plantearnos diagnósticos alternativos. Puede tratarse de un síndrome de intestino irritable, de un dolor secundario a la hernia o también puede ser secundario a patología ginecológica.

Tiene divertículos, en este momento es relevante saber si...

¿El paciente tiene fiebre?

En caso negativo, un dolor en fosa iliaca izquierda, no asociado a fiebre, puede tratarse de una SUDD, es decir, de una diverticulosis asintomática no complicada. Esta se suele acompañar de cambios en el ritmo intestinal, lo que obliga a un diagnóstico diferencial con el síndrome de intestino irritable. Estos pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento cíclico con Rifaximina, 400 mg al día, durante siete días, repitiendo esta pauta una vez al mes.



No obstante, si la respuesta a la pregunta tiene fiebre es afirmativa, debemos sospechar que exista una diverticulitis aguda.

Ante un paciente con una diverticulitis aguda, debemos solicitar una prueba de imagen para confirmar el diagnóstico y resolver la tercera pregunta clave:

¿Se trata de una diverticulitis aguda complicada?

Si bien se puede realizar una ecografía, ya que su rendimiento diagnóstico es similar al de la TC abdominal, esta última permite descartar otros diagnósticos en caso de que no exista una diverticulitis aguda, por lo que se recomienda esta última como prueba de elección.

En caso de que la TC demuestre la presencia de un absceso, fístulas, obstrucción o perforación, estaremos ante una diverticulitis aguda complicada. En este caso se recomienda ingreso hospitalario, tratamiento antibiótico intravenoso y el tratamiento dependerá del tipo de complicación. En el caso de las perforaciones, utilizaremos la clasificación de Hinchey, para decidir si requiere tratamiento antibiótico (0-2, con abscesos menores de 2 cm), drenaje percutáneo (1b-2, con abscesos mayores de 2 cm) o tratamiento quirúrgico (3-4).

Para aquellos pacientes en los que la TC abdominal demuestre que no existe complicación de la diverticulitis, nos plantearemos tratamiento antibiótico bajo régimen de ingreso en aquellos pacientes que presentan intolerancia a la vía oral, vómitos que no responden al tratamiento ambulatorio.

En caso contrario, se puede plantear tratamiento ambulatorio, en el que clásicamente se ha utilizado el tratamiento antibiótico por vía oral, que cubra Gram negativos y anaerobios. No obstante, las últimas guías clínicas, aconsejan la no utilización de tratamiento antibiótico en pacientes inmunocompetentes, con una diverticulitis no complicada, siempre y cuando no presenten comorbilidades, sean pacientes frágiles,



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA

tengan síntomas refractarios, vómitos o en la analítica destaque una PCR > 140 mg/litro o más de 15.000 leucocitos /L.